

---

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** MARIA LUZANETE DA PAIXAO

**Nº Sinistro:** 3180268124

**Vitima:** MARIA LUZANETE DA PAIXAO

**Data do Acidente:** 22/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180268124**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200248018**

**Vítima: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

**Data do Acidente: 13/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200248018**

**Vítima: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

**Data do Acidente: 13/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200248018**

**Vítima: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

**Data do Acidente: 13/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

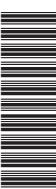
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200248018**

**Vítima: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

**Data do Acidente: 13/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200248018

Vítima: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000020619692-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200248018**

**Vítima: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

**Data do Acidente: 13/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200248018

Vítima: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA

Data do Acidente: 13/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/11/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do Seguro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**143.639.734-04 JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CÍRCULAR SUSEP N° 045/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: **JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA** 6 - CPF: **143.639.734-04**  
 7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA ALTO DO CRUZEIRO** 9 - Número: **441** 10 - Complemento: **CASA**  
 11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **VERTENTE DO LÉRIO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55.760-000**  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): **(81) 9.9665-0454**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).  
 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RICUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (semente juros no banco abusivo. Assista à sua opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todas as contas)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGENCIA: **0835** CONTA: **24 636 0**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/recobrable do Seguro DPVAT, que eu tiver direito, recorrendo a devido, desse já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, corrigindo, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do Segurador. Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
 Declaro que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica cuja finalidade é contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado/Hijo Civil  Divorciado  Separado/União Livre  Viúvo  Outro: \_\_\_\_\_

24 - Grau de Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Vítima:  Sim  Não 28 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar:  Sim  Não 33 - Vítima deixou:  Sim  Não 34 - Vítima:  Sim  Não 35 - Se tinha irmãos, informar:  Sim  Não 36 - Vítima:  Sim  Não 37 - Vítima:  Sim  Não 38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

NÃO ALFABETIZADO

34 - \_\_\_\_\_  
 35 - Nome legível do quem assina o pedido (a rego)  
 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rego)  
 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rego)

40 - Local e Data: **VERTENTE DO LÉRIO,**

**X Josivaldo Francisco de Melo Silva**

38 - Assinatura da vítima/beneficiário (cederante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE UMBUZEIRO/PB



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 08

Versando sobre; ACIDENTE DE TRÂNSITO ; (QUEDA DE MOTO)

Hora e data do fato: Às 05:30h do dia 13 de abril de 2020.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:00h, do dia 14 de maio de 2020.

Local do Ocorrido: SITIO MATA VIRGEM- ZONA RURAL DE UMBUZEIRO-PB;

**COMUNICANTE/ VÍTIMA:** *JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA*, brasileiro, do sexo masculino, nascido no dia 22/12/1988, com 31 anos de idade, filho de *SEVERINO FRANCISCO DA SILVA* e de *MARIA JOSE DE MELO*, residente na rua ALTO DO CRUZEIRO, Nº 441, CENTRO VERTENTE DO LÉRIO-PE; RG Nº 8.527.389 SDS-PE, CPF 102.246.324-18, TEL. 81 98166 7361.

### **TESTEMUNHAS: A AROLAR POSTERIORMENTE;**

**HISTÓRICO:** QUE, a vítima se deslocava na estrada do sítio MATA VIRGEM, zona rural de UMBUZEIRO-PB, no dia 13/04/2020, por volta das 5:30h pilotando a motocicleta YAMAHA/YBR 125 K, de placa KJU 7906, COR VERMELHA, ANO 2008, CHASSI 9C6KE092080231581, RENAVAM 32478554, LICENCIADA EM NOME DE MARIA DO ROSARIO SILVA, trafegando no sentido SANTA CECÍLIA a UMBUZEIRO-PB, quando ao passar próximo ao povoado MATA VIRGEM, perdeu o controle da referida motocicleta, vindo a cair em um buraco, sofrendo lesões grave em sua perna direita. Logo após o acidente a vítima deu entrada no HOSPITAL SÃO LUIZ, da cidade de SURUBIM-PE, e devido a gravidade dos ferimentos foi transferido para o HOSPITAL SANTA CASA de MISERICORDIA na cidade do RECIFE-PE, onde foi submetido a tratamento cirúrgico.

COMISSÁRIO DA POLICIA CIVIL; *Moacir Antonio da Silva*

COMUNICANTE/VÍTIMA; JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA

*Joservaldo Francisco Melo Silva*

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000020619692-9

---

Nr. da Autenticação 40AAF610CAA63094

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200248018      **Cidade:** Umbuzeiro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO      **Data do acidente:** 13/04/2020      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO COM TRAÇO INTRAARTICULAR E LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO/RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR E DO TENDÃO PATELAR / OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS P.1,5,6)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** IMAGEM P.6

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200248018      **Cidade:** Umbuzeiro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO      **Data do acidente:** 13/04/2020      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO COM TRAÇO INTRAARTICULAR E LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO/RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR E DO TENDÃO PATELAR / OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS P.1,5,6)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** IMAGEM P.6

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200248018      **Cidade:** Umbuzeiro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO      **Data do acidente:** 13/04/2020      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO COM TRAÇO INTRA ARTICULAR E LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO/RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR E DO TENDÃO PATELAR / OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS P.1,5,6(ANEXO)/ 6 E 7 ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200248018      **Cidade:** Umbuzeiro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO      **Data do acidente:** 13/04/2020      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO COM TRAÇO INTRA ARTICULAR E LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO/RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR E DO TENDÃO PATELAR / OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS P.1,5,6)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200248018      **Cidade:** Umbuzeiro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO      **Data do acidente:** 13/04/2020      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO COM TRAÇO INTRA ARTICULAR E LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO/RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR E DO TENDÃO PATELAR / OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS P.1,5,6)  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200248018      **Cidade:** Umbuzeiro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO      **Data do acidente:** 13/04/2020      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO COM TRAÇO INTRA ARTICULAR E LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO/RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR E DO TENDÃO PATELAR / OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS P.1,5,6(ANEXO)/ 6 E 7 ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

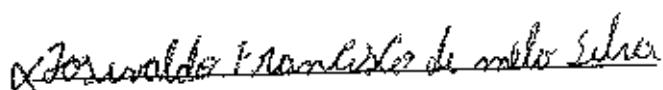
NOME: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG: 10.340.701 SDS/PE e CPF: 143.639.734-04
DATA DO ACIDENTE: 13/04/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: JOSIVALDO FRANCISCO DE MELO SILVA
ENDEREÇO: RUA ALTO DO CRUZEIRO , 441, CENTRO – VERTENTE DO LÉRIO/PE

### OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

VERTENTE DO LÉRIO, 27 DE ABRIL DE 2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)